

Kazuistický kvíz

VERONIKA PUCHNEROVÁ, HANA LÍNKOVÁ

KARDIOLOGICKÁ KLINIKA 2. LF UK A FN MOTOL

Pacient S.J., nar. 1952

Plánovaná diagnostická hospitalizace 10/2024

Dg. souhrn při přijetí

- Středně významná až významná aortální stenóza – PG 41/24 mmHg, AVA 1,1 cm², AVAi 0,52 cm²/m², dobrá syst. funkce LK, EFLK 70 %
- Dilatace pravostranných oddílů, známky plicní hypertenze (neg. CTAG plicnice, VP scan plic, normální plicní funkční vyšetření)
- Četná supraventrikulární a komorové extrasystolie dle EKGH 1/24 a 4/24
- Arterální hypertenze, dyslipidemie
- Ložiskový proces jater – st.p. 2x biopsii s benigním nálezem
- Syndrom Osler-Weber-Rendu – recidivující epistaxe

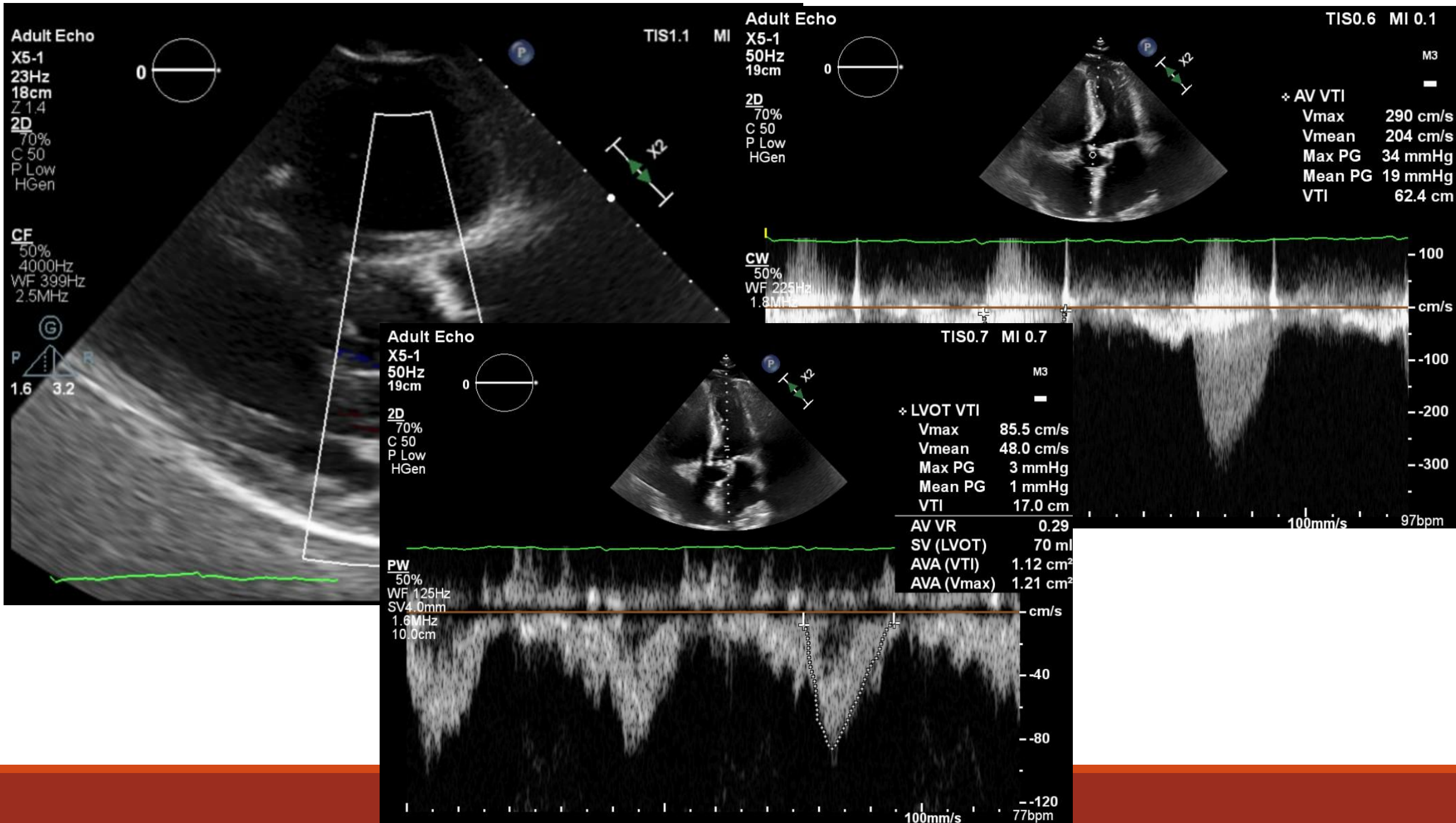
Pacient S.J., nar. 1952

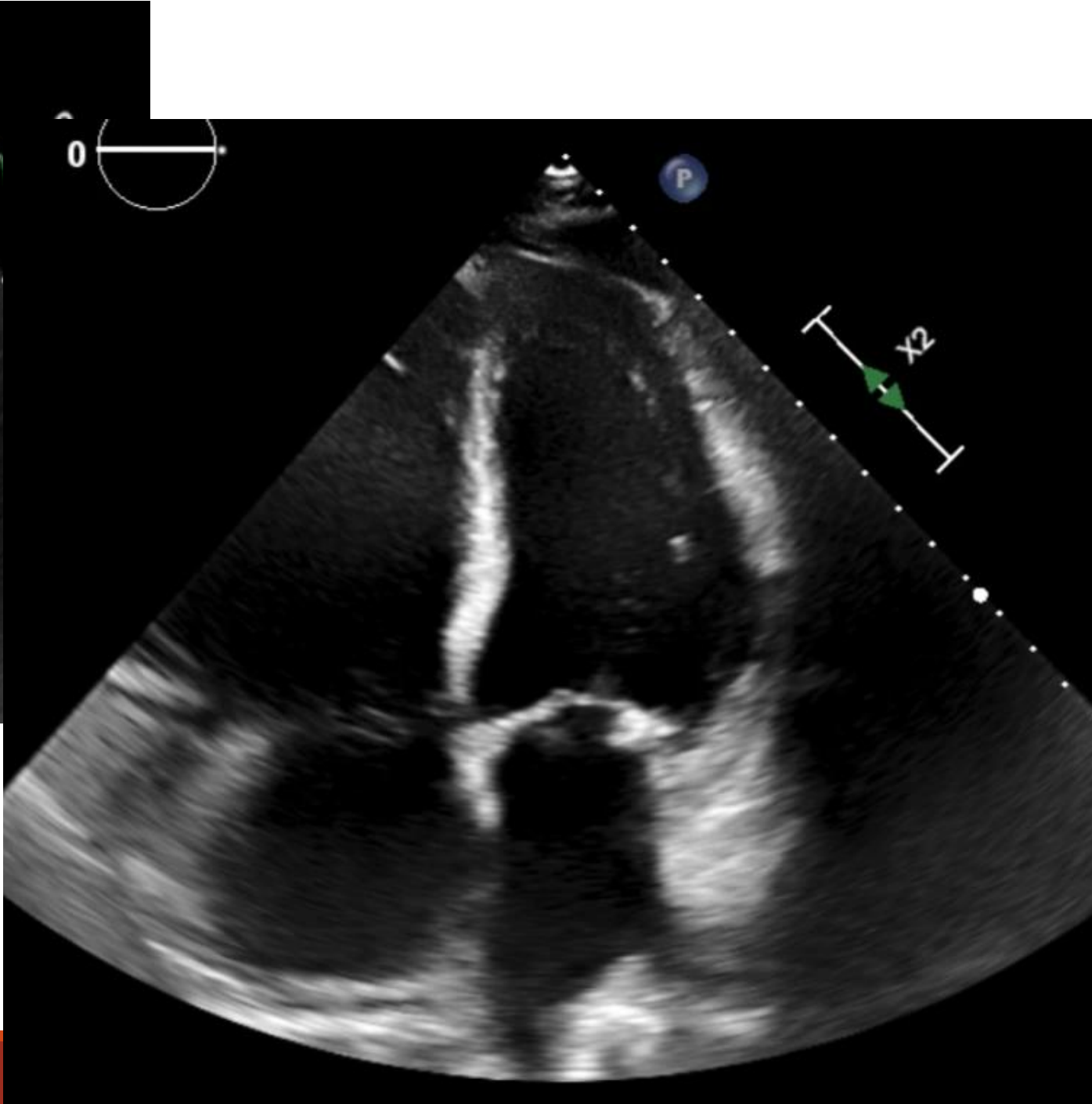
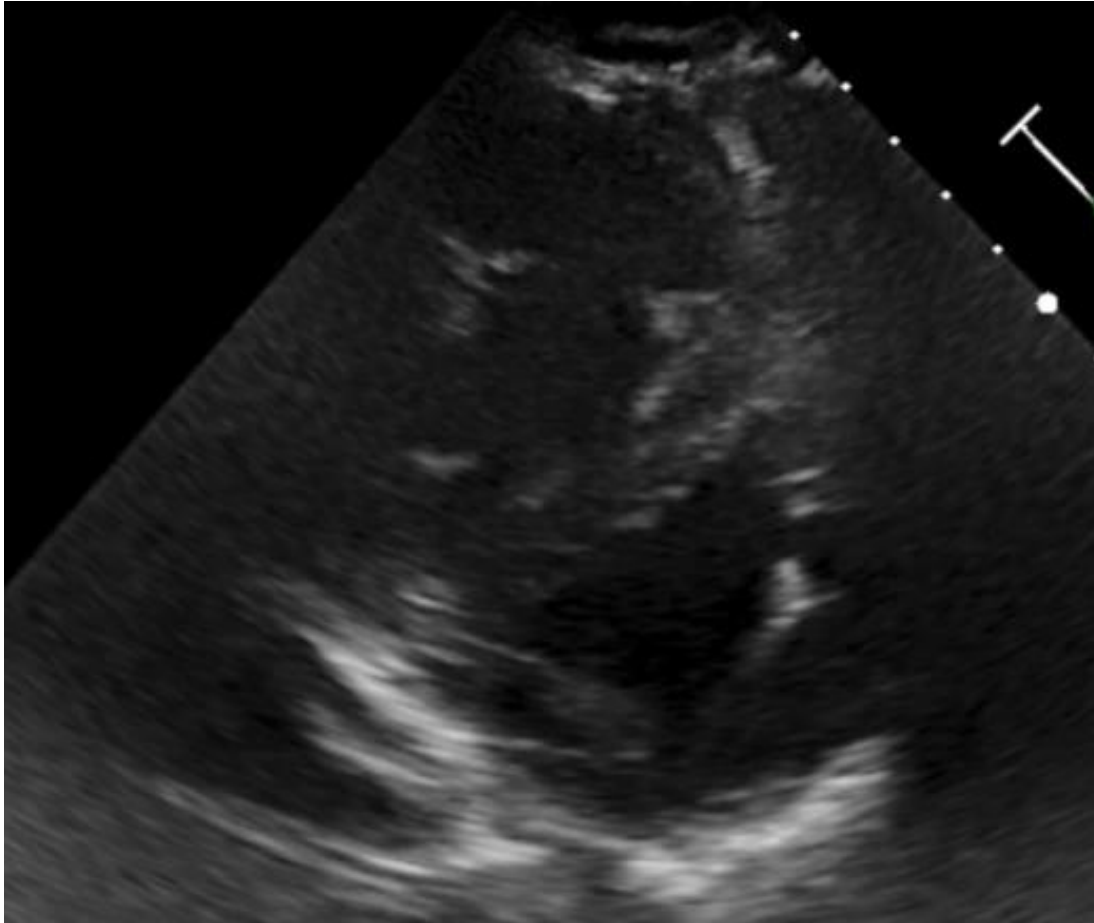
FA: p.o.: perindopril, lerkanidipin, spironolakton, rosuvastatin, furosemid při otocích DKK

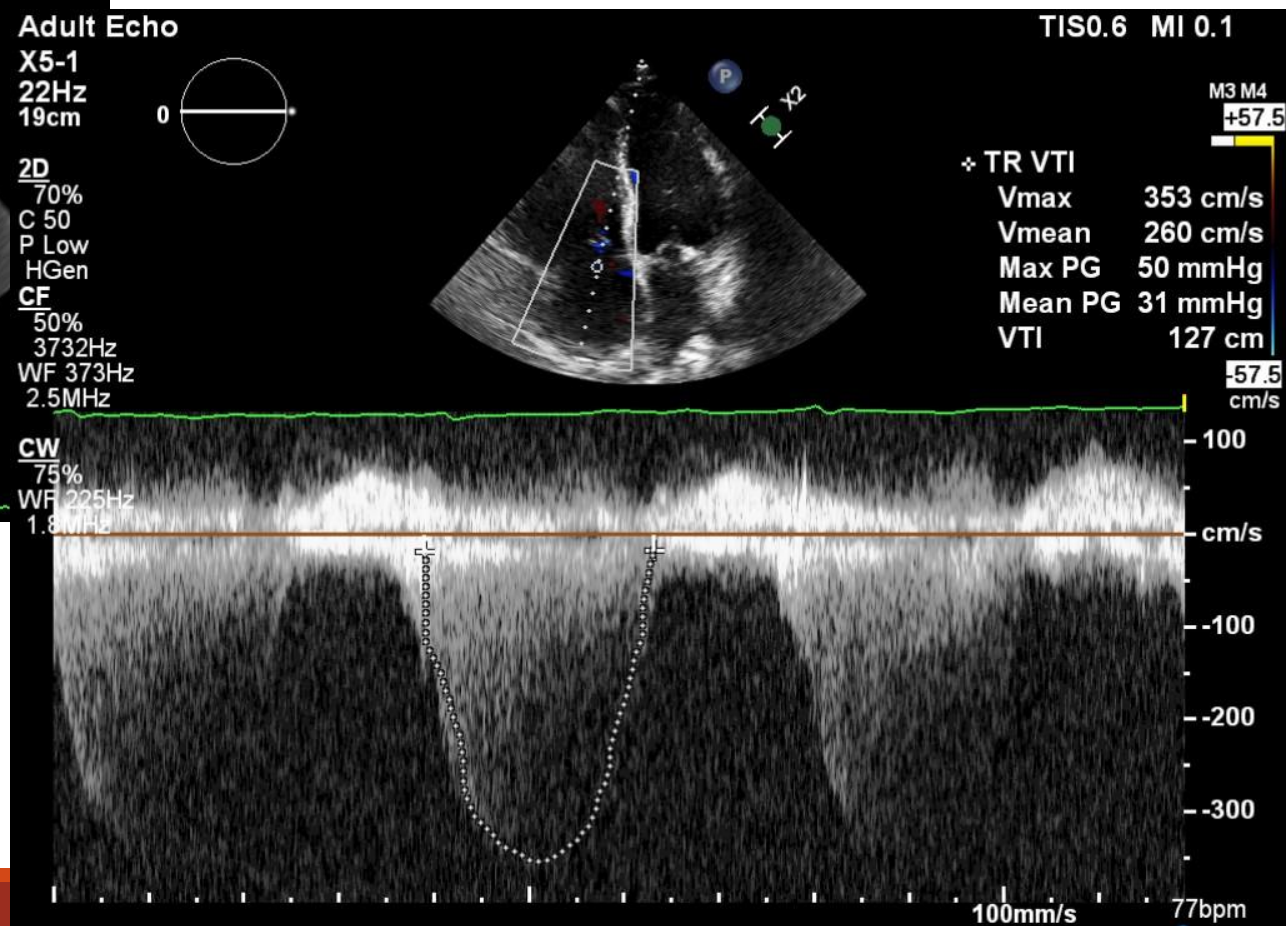
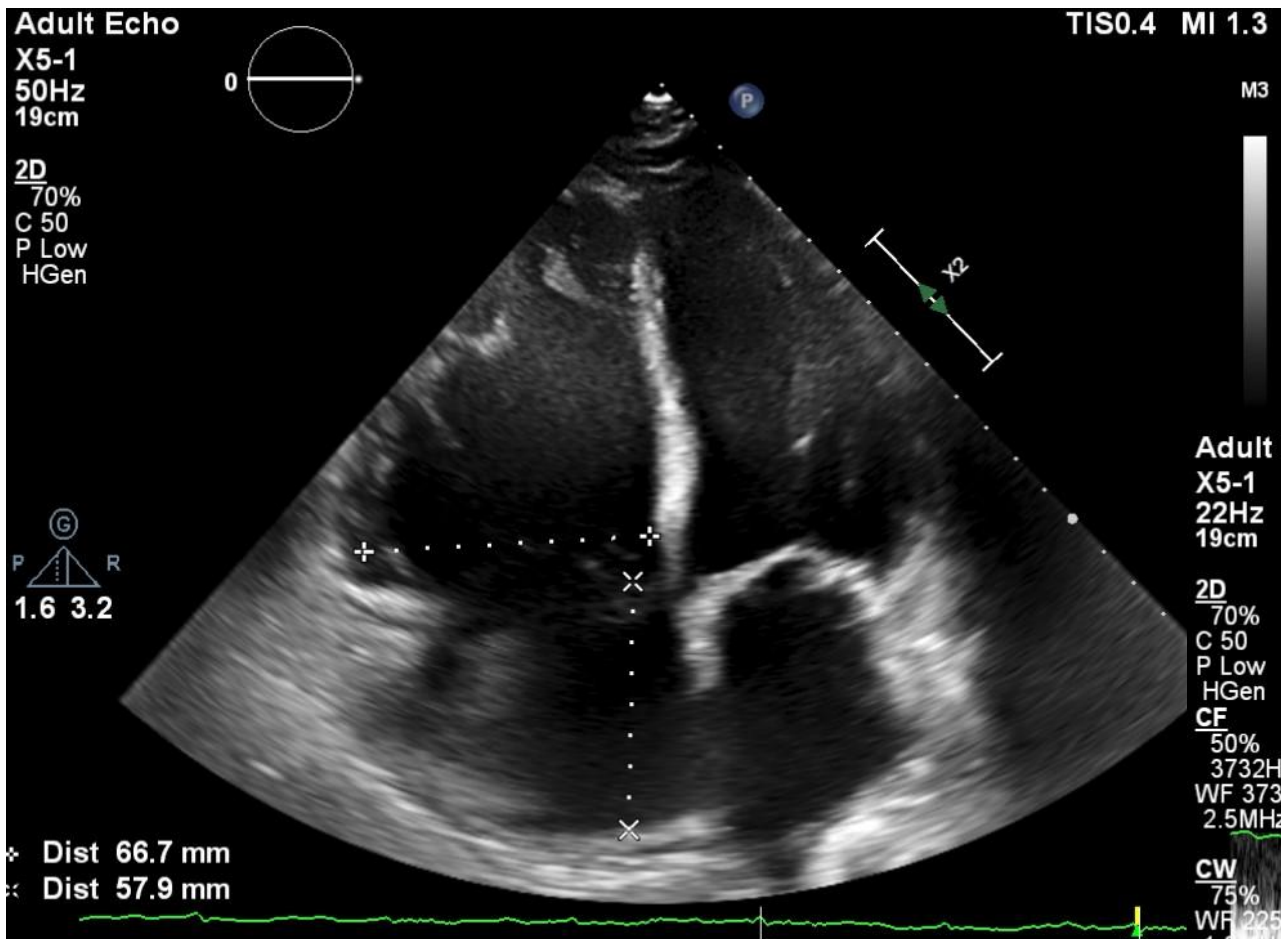
Klinické obtíže – v posledním půl roce progresse dušnosti po prodělané infekci, námahová dušnost NYHA III, námahová AP CCS II, občasné otoky DKK, udává vertigo, jednou snad i ztráta vědomí

Fyzikální nález – syst. šelest s maximem nad aortou, lehké perimaleolární otoky

EKG při přijetí – SR 80/min, osa pravotyp, PQ 216 ms, QRS 102 ms, QTc 479 ms, ST izo , T neg. V1-4, III, oploštělé aVF





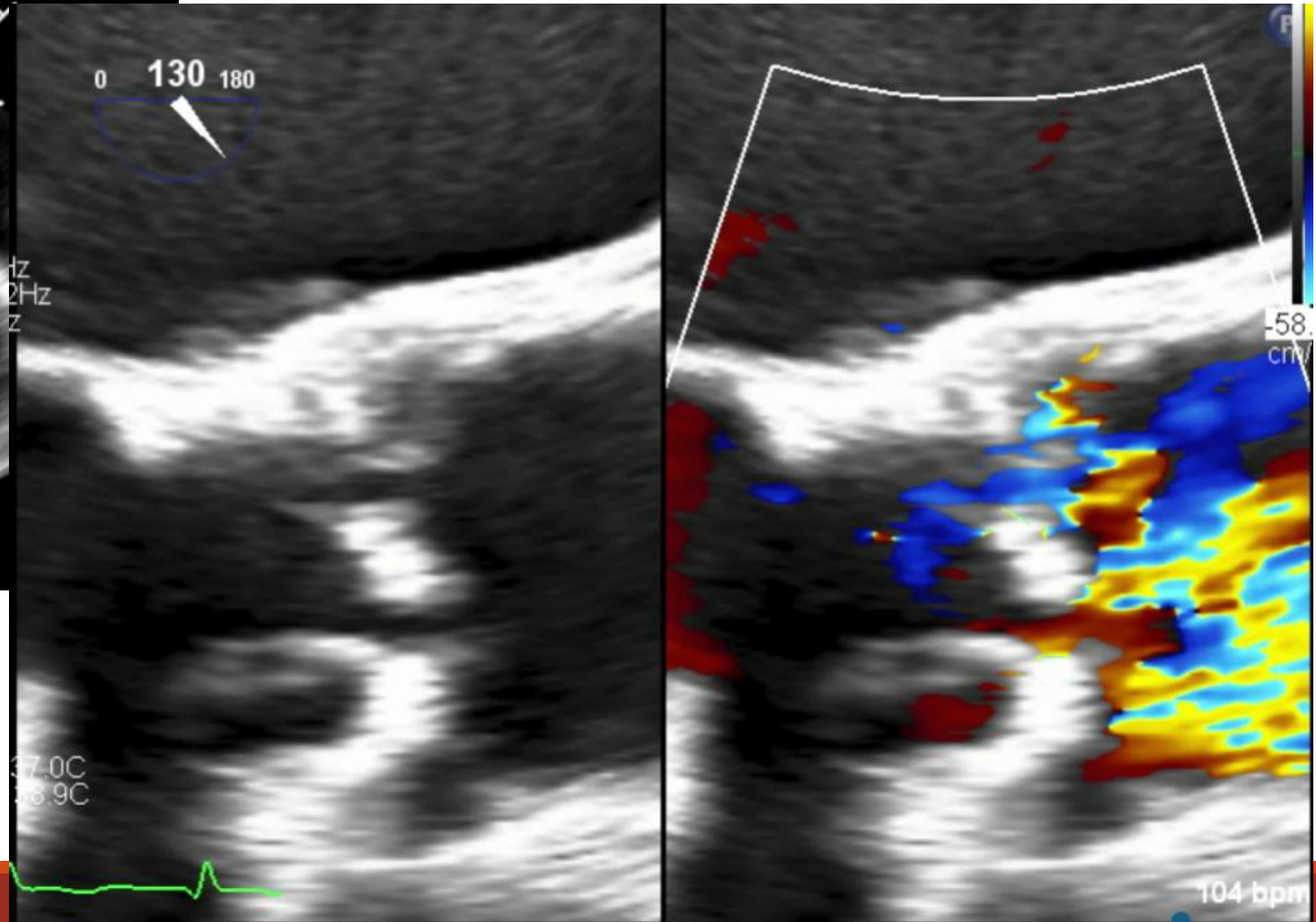
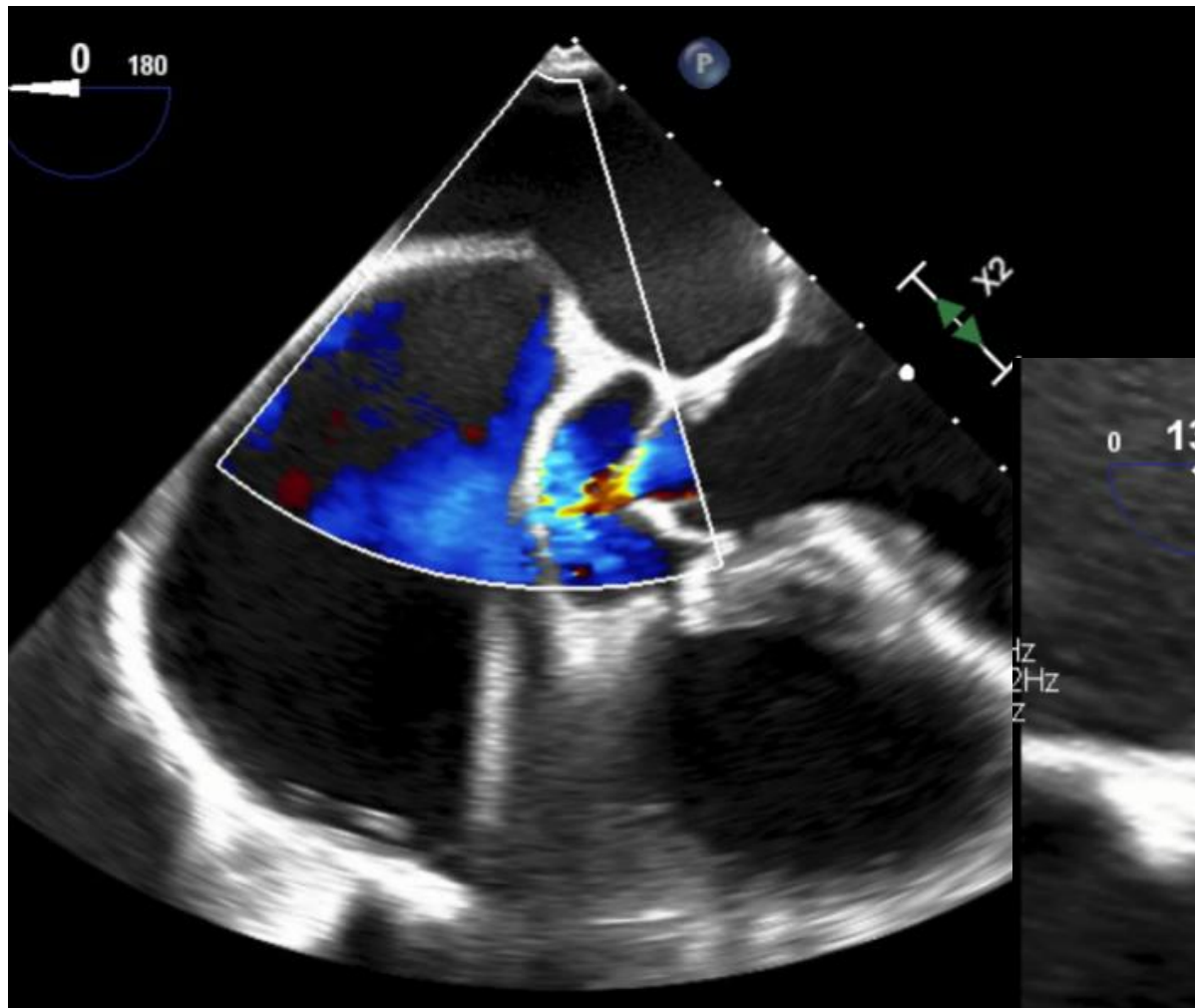


Co dál?

- A) plicní hypertenze je nejspíše důsledkem LF-LG aortální stenózy - postkapilární, doplním TEE k přesnější kvantifikaci a vyšetření před náhradou aortální chlopně
- B) aortální stenóza není jistě příčinou plicní hypertenze, TEE nemá smysl, vzhledem k negativnímu CTAG doplním HRCT plic k vyloučení postižení plicního parenchymu
- C) není jasný důvod plicní hypertenze a dilatace pravostr. oddílů, je nutno doplnit pravostrannou katetrizaci k odlišení pre- a postkapilární plicní hypertenze, TEE k vyloučení zkratu a SKG vzhledem k AP
- D) doplním pouze SKG k vyloučení koronárního postižení pro bolesti na hrudi, vyšetření k objasnění etiologie plicní hypertenze jsou dostatečná (CTAG plicnice, VP scan, plicní funkční vyšetření)

Co dál?

- A) plicní hypertenze je nejspíše důsledkem LF-LG aortální stenózy - postkapilární, doplním TEE k přesnější kvantifikaci a vyšetření před náhradou aortální chlopně
- B) aortální stenóza není jistě příčinou plicní hypertenze, TEE nemá smysl, vzhledem k negativnímu CTAG doplním HRCT plic k vyloučení postižení plicního parenchymu
- C) není jasný důvod plicní hypertenze a dilatace pravostr. oddílů, je nutno doplnit pravostrannou katetrizaci k odlišení pre- a postkapilární plicní hypertenze, TEE k vyloučení zkratu a SKG vzhledem k AP
- D) doplním pouze SKG k vyloučení koronárního postižení pro bolesti na hrudi, vyšetření k objasnění etiologie plicní hypertenze jsou dostatečná (CTAG plicnice, VP scan, plicní funkční vyšetření)

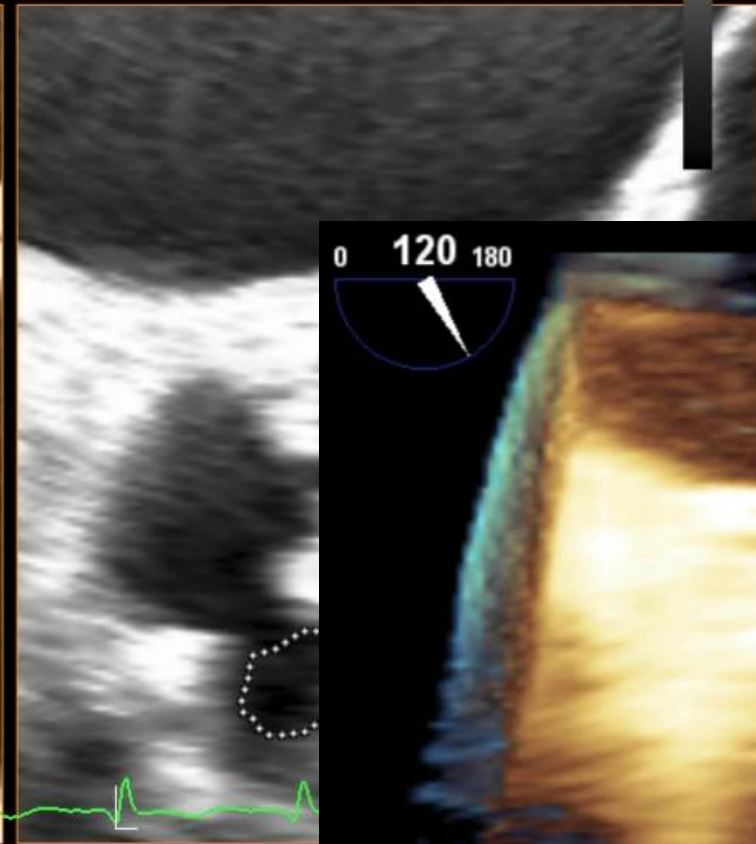


P.O.H.
Gen
XRES 2



PAT T: 37.0C
TEE T: 37.6C

✦ Area 1.37 cm²



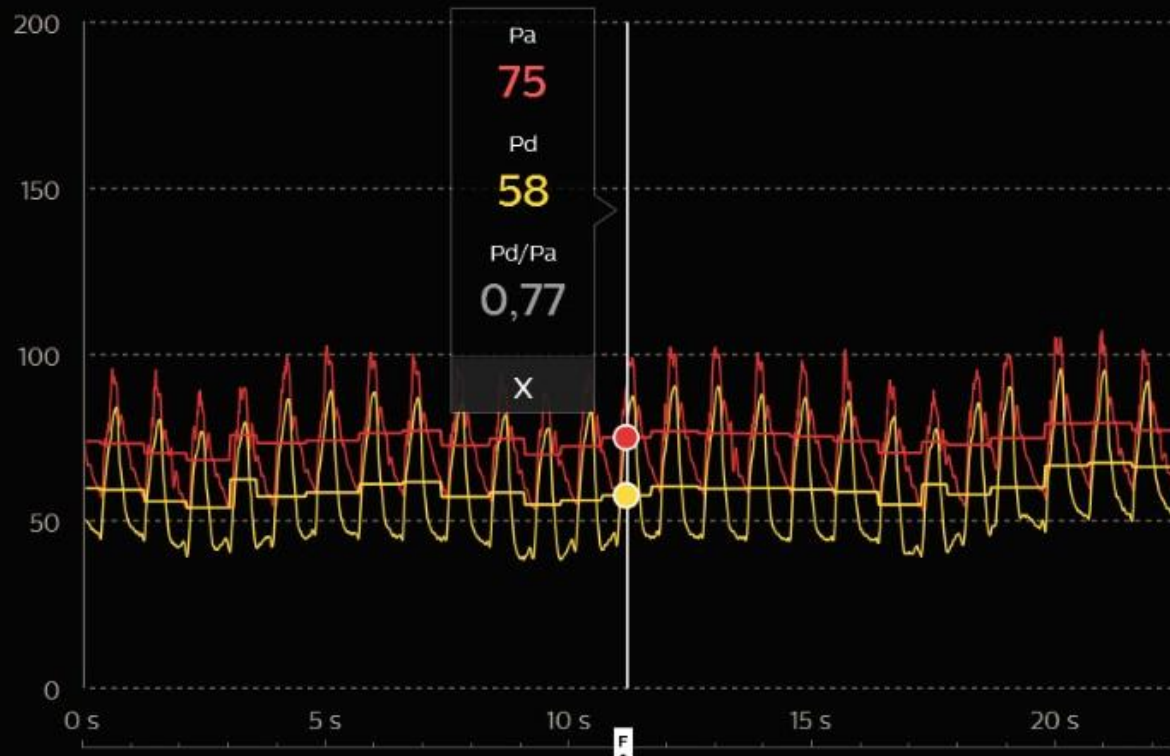


FFR 1:

11/10/2024

12:36:31

mmHg



FFR

0,77

Pa

75

↓ Zero Pa

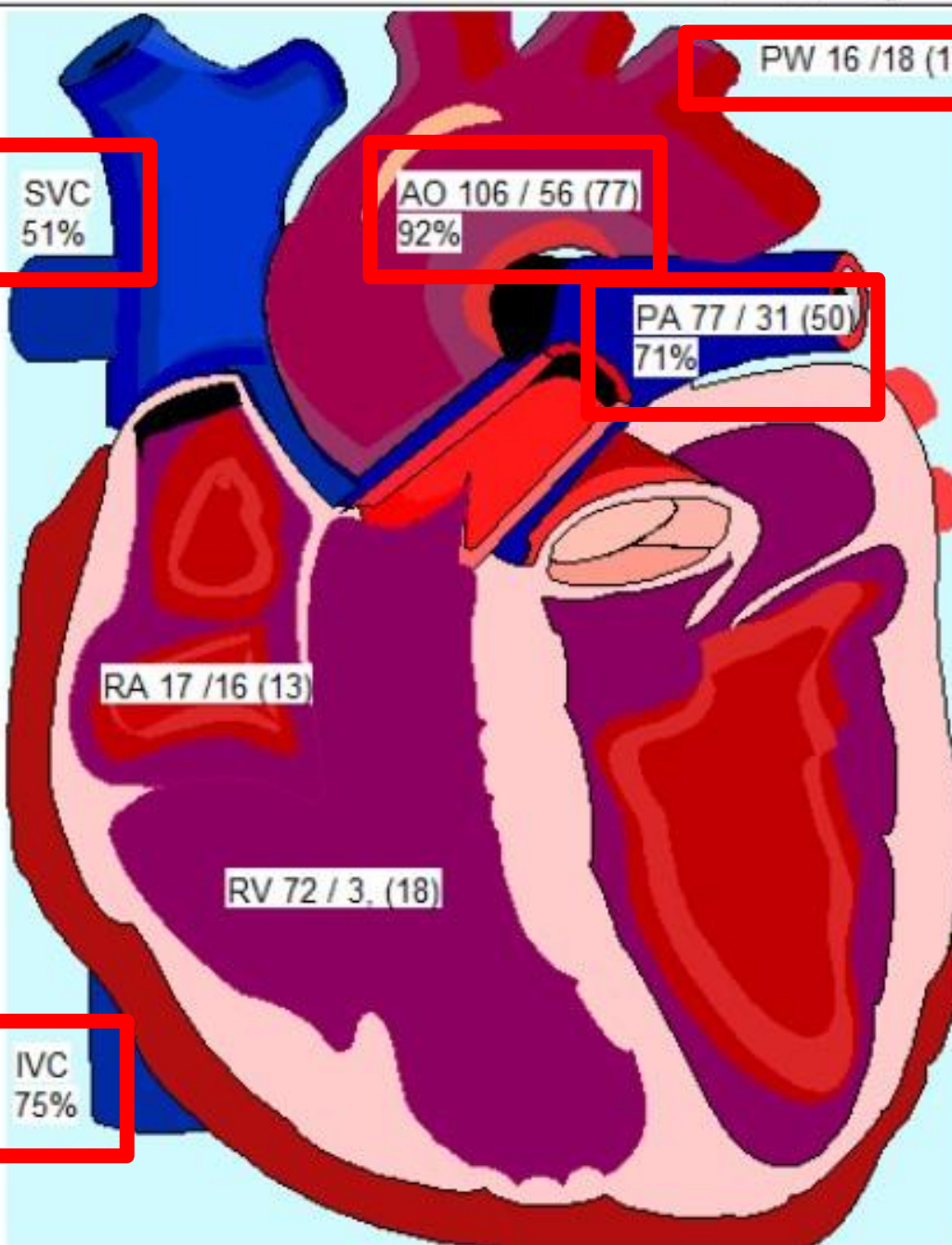
Pd

58

↶ Normalize

Pd/Pa

0,77



PW 16 / 18 (17)

LaFarge equation

Heart Rate:

69

KO2:

114,99

Est O2:

235,49 ml/min

Samples

PA	77 / 31	(50)	PA	69	11:52:11
PW	16 / 18	17	PV	73	11:52:50
CO:	7,83 l/m,	69 b/m, 110,61 ml		69	11:57:42
RV	72 / 3,	18		67	12:00:55
RA	17 / 16	13	SV	66	12:01:29
AO	106 / 56	(77)	SA	67	12:12:31
AO	92 %		PV		
PA	71 %		PA		
SVC	51 %		SV		
IVC	75 %		SV		

Co můžeme vyvodit z výsledků vyšetření?

- A) Plicní hypertenze je převážně postkapilární, odpovídá tíži aortální stenózy
- B) Plicní hypertenze je kombinovaná, převážně prekapilární, zarážející se rozdíl saturací mezi SVC a IVC, je potřeba pátrat dále
- C) Plicní hypertenze je kombinovaná, převážně prekapilární, rozdíl saturací je ale normální, mozek přece potřebuje mnoho kyslíku
- D) Plicní hypertenze je pouze prekapilární, pacienta odešleme do centra pro plicní hypertenzi, protože má PAH

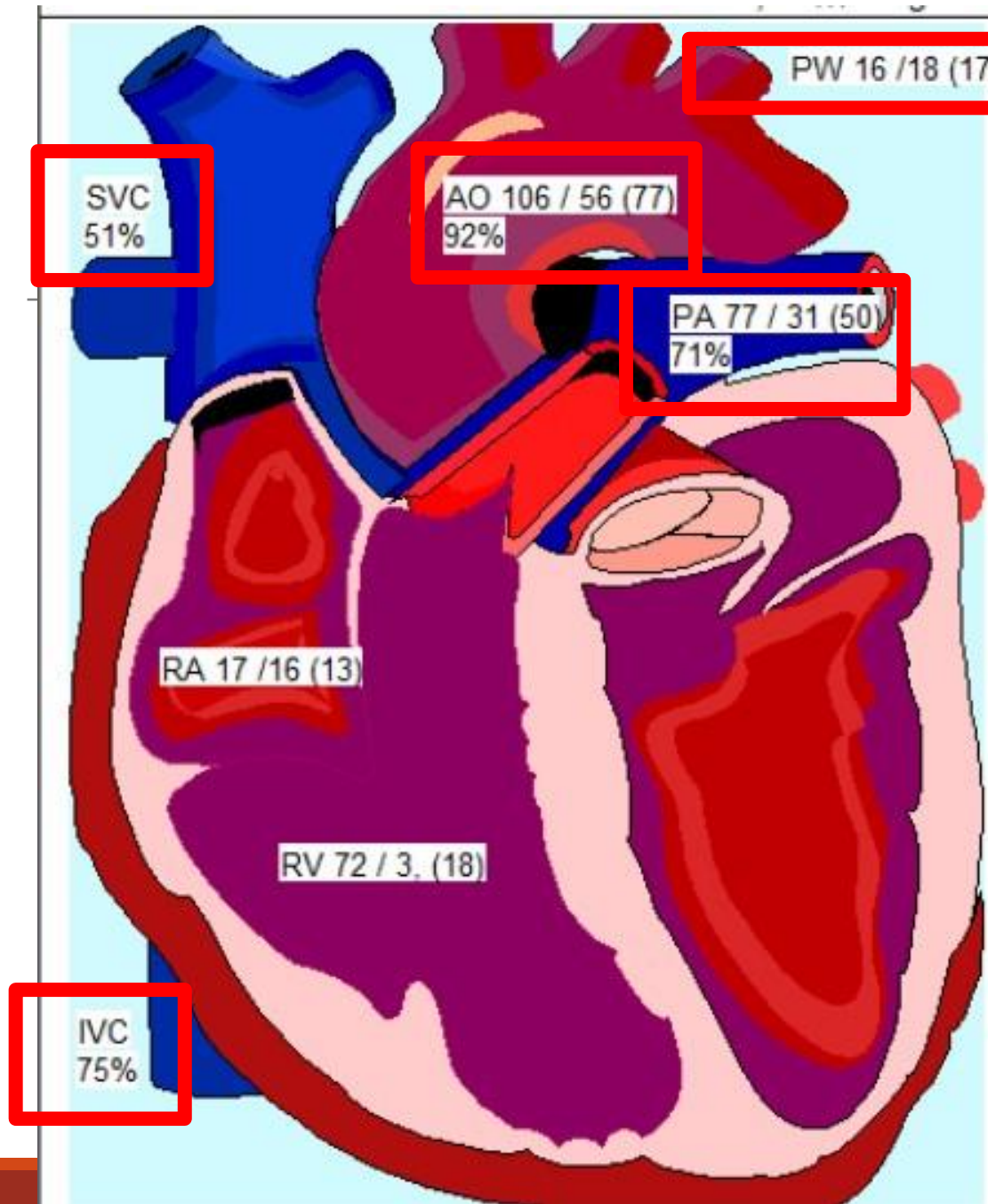
Co můžeme vyvodit z výsledků vyšetření?

A) Plicní hypertenze je převážně postkapilární, odpovídá tíži aortální stenózy

B) Plicní hypertenze je kombinovaná, převážně prekapilární, zarážející se rozdíl saturací mezi SVC a IVC, je potřeba pátrat dále

C) Plicní hypertenze je kombinovaná, převážně prekapilární, rozdíl saturací je ale normální, mozek přece potřebuje mnoho kyslíku

D) Plicní hypertenze je pouze prekapilární, pacienta odešleme do centra pro plicní hypertenzi, protože má PAH



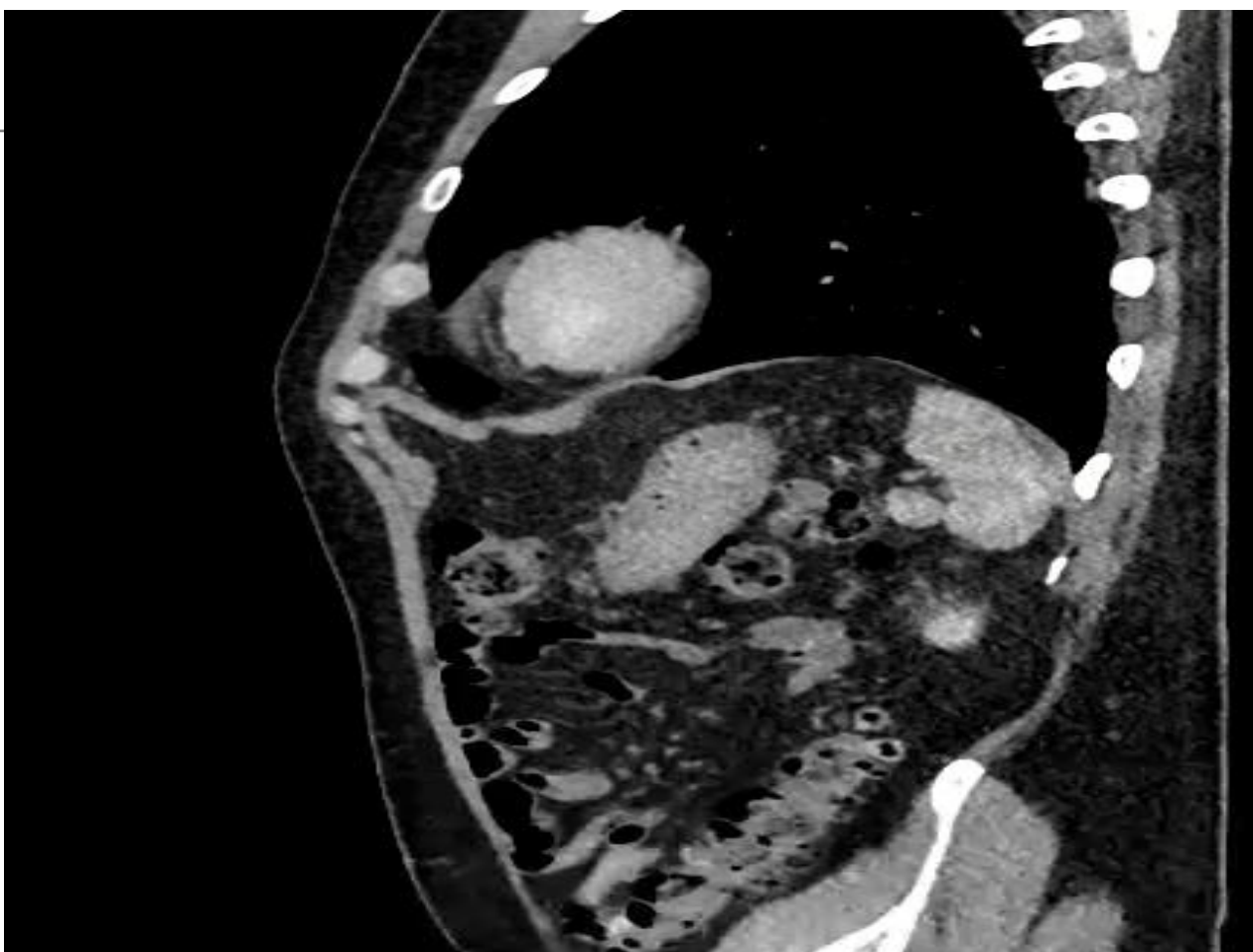
Flows (l/min)			Angio LV	RV
Qp:	6,60	Qpi:	3,22	Diast:
Qs:	3,96	Qsi:	1,93	Syst:
Qe:	3,96	Qei:	1,93	EF:
Qp/Qs: 1,67			RF:	
Shunts				
L>R:	2,64	40 %		
R/L:				

Kde je zkrat?

- A) Zkrat je levoppravý, je v dolní polovině těla vzhledem k vyšší saturaci v IVC
- B) Zkrat je pravolevý, v horní polovině těla vzhledem k nižší saturaci v SVC
- C) Zkrat je levoppravý, zrevidujeme popis CT vyšetření, protože je určitě v hrudníku
- D) Zkrat je pravolevý, zrevidujeme popis CT vyšetření, protože je určitě v hrudníku

Kde je zkrat?

- A) Zkrat je levoprávní, je v dolní polovině těla vzhledem k vyšší saturaci v IVC
- B) Zkrat je pravolevý, v horní polovině těla vzhledem k nižší saturaci v SVC
- C) Zkrat je levoprávní, zrevidujeme popis CT vyšetření, protože je určitě v hrudníku
- D) Zkrat je pravolevý, zrevidujeme popis CT vyšetření, protože je určitě v hrudníku



Celotělové CT

Nález na játrech odpovídá
hepatálnímu postižení při m.
Osler-Weber-Rendu
(arteriovenózní venózní zkraty na
úrovni parenchymu s přetížením
pravého srdce)



Hereditární hemoragická teleangiektázie

= morbus Osler-Rendu-Weber

Autosomálně dominantní onemocnění stěny, charakteristické rozvojem dilatací cév a arteriovenózních malformací

Nejčastější projev – epistaxe

Další projevy dle lokalizace AV malformací

- Mozek
- Plíce
- Játra

Častější výskyt primární plicní hypertenze

Která z následujících informací není pravdivá?

- A) Sir William Osler byl kanadský lékař, který popsal HHT jako onemocnění odlišné od hemofilie, protože si všiml, že rány pacientů s HHT tolik nekrvácí
- B) Frederick Parkes Weber byl britský lékař, který se za svého života velmi činil, jeho jméno je součástí celkem 6 popsaných onemocnění (např. Klippel-Trénaunay-Weber syndrom, nebo Weber-Cockayne syndrom)
- C) Henri Jules Louis Marie Rendu byl francouzským lékařem, který popsal HHT, protože jeho snoubenka (později manželka) Stéphanie Rouillard trpěla uvedeným onemocněním

Která z následujících informací není pravdivá?

A) Sir William Osler byl kanadský lékař, který popsal HHT jako onemocnění odlišné od hemofilie, protože si všiml, že rány pacientů s HHT tolik nekrvácí

B) Frederick Parkes Weber byl britský lékař, který se za svého života velmi činil, jeho jméno je součástí celkem 6 popsaných onemocnění (např. Klippel-Trénaunay-Weber syndrom, nebo Weber-Cockayne syndrom)

C) Henri Jules Louis Marie Rendu byl francouzským lékařem, který popsal HHT, protože jeho snoubenka (později manželka) Stéphanie Rouillard trpěla uvedeným onemocněním

Děkuji za pozornost

VERONIKA.PUCHNEROVA@FNMOTOL.CZ

